

**FORMER PATIENT REQUEST FOR ACCESS AND/OR COPIES OF HEALTH RECORD
DSH-6803 (Vietnamese) (New 07/2025)**

| | | |
|--|-----------------------------------|----------------------------|
| Xin lưu ý: Thông tin được yêu cầu chỉ nhằm mục đích nhận dạng. | | |
| Tên Bệnh Nhân: | Ngày Sinh: | Số SSN (không bắt buộc): |
| Địa Chỉ: | Thành Phố/Tiểu Bang/Mã Bưu Chính: | Số Hồ Sơ (không bắt buộc): |
| Số Điện Thoại: | Ngày Nhập Viện: | Ngày Xuất Viện: |

Đánh dấu vào ô thích hợp:

- BẢN SAO: Tôi yêu cầu bản sao các giấy tờ hồ sơ sức khỏe của tôi được đánh dấu bên dưới.
- EMAIL: Tôi yêu cầu các bản sao hồ sơ sức khỏe của tôi được đánh dấu bên dưới, được gửi qua email tới:

- CUỘC HẸN: Tôi đang yêu cầu một cuộc hẹn gặp DSH để xem hồ sơ sức khỏe của tôi.

Xin lưu ý: Tôi hiểu rằng có thể có phí liên quan đến yêu cầu cấp bản sao giấy hoặc bản sao điện tử của tôi.

Quý vị có quyền xem lại hồ sơ của mình trong vòng 30 ngày kể từ ngày nhận yêu cầu này, nhưng không quá 60 ngày đối với hồ sơ được phân tán về mặt địa lý hoặc không hoạt động trong kho lưu trữ trung tâm, theo Mục 1798.34 của Bộ luật Dân sự.

Đánh dấu vào tất cả các ô thông tin bệnh nhân mà quý vị yêu cầu được gửi đến:

| Tài liệu: | Ngày: | Tài liệu: | Ngày: | Bệnh nhân phải ký tắt vào bất kỳ hồ sơ nào bên dưới đây: |
|---|-------|---|-------|---|
| <input type="checkbox"/> Chẩn đoán | | <input type="checkbox"/> Kết Quả Kiểm Tra Tâm Lý/Hoạt Động | | <input type="checkbox"/> Kết quả xét nghiệm HIV/AIDS (Ký tắt) |
| <input type="checkbox"/> Đánh Giá Tâm Thần | | <input type="checkbox"/> Đánh Giá Y Tế/Thần Kinh, Xét Nghiệm (EEG, EKG, v.v.) | | |
| <input type="checkbox"/> Tóm Tắt Xuất Viện | | <input type="checkbox"/> Pháp lý | | <input type="checkbox"/> Kết quả xét nghiệm di truyền (Ký tắt) |
| <input type="checkbox"/> Đánh Giá Tâm Lý Xã Hội | | <input type="checkbox"/> Khác (nêu rõ): | | <input type="checkbox"/> Hồ sơ điều trị rối loạn sử dụng chất (Ký tắt) |
| <input type="checkbox"/> Kế Hoạch Điều Trị | | <input type="checkbox"/> Khác (nêu rõ): | | |
| <input type="checkbox"/> Cách Ly/Hạn Chế | | | | |

(Nếu cần thêm chỗ, hãy đính kèm danh sách các tài liệu được yêu cầu)

Tên Quý Vị Viết In Hoa: _____ Chữ ký: _____

Vui lòng kèm theo bản sao giấy tờ tùy thân của quý vị cùng với yêu cầu nếu có.

**Health Information Management Department (HIMD) Use Only:
(Chỉ Dành Cho Bộ Phận Quản Lý Thông Tin Y Tế (HIMD) Sử Dụng:)**

HIMD Receipt of Form Date/Time: _____ Record Review Appt. Date/Time: _____

Former Patient Request for Access and/or Copies of Health Record

Confidential Patient Information

See W & I Code, Section 5328

HIPAA Privacy Rule CFR Section 164.508

DSH-6803 (Vietnamese) (New 07/2025)